

2. Angaben zur bisherigen bzw. aktuellen Versicherung der Familienangehörigen

| | Ehe-oder Lebenspartner/in ¹ | Kind | Kind | Kind |
|--|---|---|---|---|
| Die bisherige Versicherung endete am: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Die bisherige Versicherung besteht weiter: | <input type="checkbox"/> Ja | _____ | _____ | _____ |
| Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Art der bisherigen Versicherung: | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich (z. B. privat) | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich (z. B. privat) | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich (z. B. privat) | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich (z. B. privat) |
| Sofern zuletzt eine Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde | Vorname _____ | Vorname _____ | Vorname _____ | Vorname _____ |
| | Nachname _____ | Nachname _____ | Nachname _____ | Nachname _____ |

3. Ergänzende Angaben zu den Familienangehörigen

| | Ehe-oder Lebenspartner/in ¹ | Kind | Kind | Kind |
|---|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Selbstständige Tätigkeit liegt vor? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
| Die selbstständige Tätigkeit umfasst durchschnittlich mehr als 20 Stunden pro Woche | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
| Mtl. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte Kopie des neuesten vorliegenden Einkommensteuerbescheides beifügen) | Euro _____ | Euro _____ | Euro _____ | Euro _____ |
| Mtl. Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Mini-Job). Zahlungen wie z. B. Weihnachtsgeld bitte mit 1/12 einberechnen. | Euro _____ | Euro _____ | Euro _____ | Euro _____ |
| Mtl. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung. Zahlungen wie z. B. Weihnachtsgeld bitte mit 1/12 einberechnen. | Euro _____ | Euro _____ | Euro _____ | Euro _____ |
| Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebs-, ausländische- oder sonstige Renten (mtl. Zahlbetrag) | Euro _____ | Euro _____ | Euro _____ | Euro _____ |
| Mtl. Einkünfte im Sinne des Einkommen steuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes). | Euro _____ | Euro _____ | Euro _____ | Euro _____ |
| | Art der Einkünfte _____ | Art der Einkünfte _____ | Art der Einkünfte _____ | Art der Einkünfte _____ |
| Schulbesuch/Studium (Bei Kindern ab 23 Jahren bitte Schul- / Studienbescheinigung beifügen) | _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ |
| Wird/wurde ein gesetzlich geregelter Freiwilligendienst oder Wehrdienst ausgeübt? (Bitte Dienstbescheinigung beifügen) | _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |

4. Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

| | Ehe- oder Lebenspartner/in ¹ | Kind | Kind | Kind |
|---|---|-------|---|-------|
| Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Geburtsname | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Geburtsort | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Geburtsland | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Staatsangehörigkeit | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Ich bin tagsüber zu erreichen unter | Telefonnummer ² _____ | | Meine E-Mail-Adresse ³ _____ | |

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder sie Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Datum _____ Unterschrift des Mitglieds _____

ggf. Unterschrift des/der Familienangehörigen* _____

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung des/der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

*nur bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

1) Gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPaTG).
2) Freiwillige Angabe.